

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1932

THÈSE

N°
328

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Moïse KUPERCYN

Né le 23 Novembre 1904, à Varsovie (Pologne)

**A propos de quelques cas de Grossesses
extra-utérines doubles**

Président de Thèse : M. le Professeur LENORMANT.

MARCEL VIGNE, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE. 13
PARIS

1932

008

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Moïse KUPERCYN

Né le 23 Novembre 1904, à Varsovie (Pologne)

A propos de quelques cas de Grossesses extra-utérines doubles

Président de Thèse : M. le Professeur LENORMANT.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13
PARIS

1932

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. BALTHAZARD.

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	MAURICE VILLARET
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux ..	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
Professeur sans chaire	MULON.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE
Physiologie	N...
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BENARD Henri.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	N...
Anatomie Pathologique	HUGUENIN
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie mentale	LIAN.
Pharmacologie	HAZARD.
Histologie	MILLOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLÉRY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Clinique	BASSET.....	
CHIRAY.....		CHEVASSU....	
DEBRE.....	médicale	HEITZ-BOYER	Clinique
DUVOIR.....		MATHIEU.....	
FIESSINGER..		MOCQUOT	chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE		PROUST.....	
		SCHWARTZ...	
		LE LORIER...	
MM.			
LEVY-SOLAL.....	}		
METZGER.....			Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, agrégé.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je dédie cette Thèse en témoignage de mon
affection reconnaissante.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES CAMARADES DE COURS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

Professeur de Pathologie Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette Thèse.
Hommage respectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PENOT

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Blois

*Qui nous a inspiré le sujet de cette Thèse et
qui nous a aidé de ses conseils précieux.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAITRES DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR CROISIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR LUZUY

*Ma reconnaissance et mes remerciements pour
leurs enseignements et conseils.*

Avant-Propos

L'étude de la grossesse extra-utérine quoique assez récente puisqu'elle ne date que de la pratique de la laparotomie, a pris cependant en chirurgie une place de toute première importance, en raison de sa fréquence. L'intérêt porté à cet accident est si grand que le nombre des travaux qui y sont consacrés croît chaque jour, ayant pour but d'élucider son étiologie, sa pathogénie ou ses formes cliniques. Il est donc difficile de trouver dans sa description un point quelconque n'ayant pas encore été longuement discuté et dûment exposé.

Cependant la question de l'existence simultanée de grossesse dans les deux trompes nous semble une des moins étudiées, puisque jusqu'au début de notre siècle cette éventualité était considérée comme exceptionnelle.

La pratique courante nous a toutefois prouvé que cette opinion est par trop optimiste et que cette forme de grossesse extra-utérine est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit; on doit donc lui accorder plus d'attention qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

En effet, parmi les cas de grossesses extra-utérines observés par notre Maître, Monsieur le Docteur PENOT, tant dans son service à l'Hôtel-Dieu de Blois que dans sa pratique personnelle, le nombre de grossesses ectopiques dou-

bles était si notable en rapport du nombre total de grossesses extra-utérines, que nous avons cru utile de décrire cette variété et de l'ajouter à la liste déjà si longue des formes cliniques et anatomo-pathologiques de grossesses extra-utérines.

Après avoir donné l'historique de la question, nous nous efforcerons de réviser nos connaissances en ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie de ces greffes anormales de l'ovule fécondé. Nous aurons ensuite à rechercher s'il n'existe pas de facteurs constants intervenant dans la production d'une double ectopie et quels peuvent être ces facteurs. Enfin avant d'arriver à nos conclusions, nous noterons nos observations, par ordre chronologique en citant non seulement les cas de grossesses ectopiques doubles, mais encore tous les cas de grossesses ectopiques en général tels qu'ils ont été observés par notre Maître, Monsieur le Docteur PENOT. Ainsi, la proportion d'ectopie double ressortira plus nettement et une telle présentation de la question pourra tenir lieu d'une statistique.

Avant d'aborder notre thèse, nous tenons tout d'abord à remercier très vivement notre Maître, Monsieur le Docteur PENOT, qui a bien voulu nous en inspirer le sujet et nous fournir toute la documentation nécessaire pour mener à bien notre travail.

Nous tenons également à apporter toute notre gratitude à Monsieur le Professeur LENORMANT, qui nous a fourni nombre d'indications utiles concernant le plan de notre thèse et nous a fait de plus le grand honneur d'en accepter la présidence.

CHAPITRE PREMIER

Historique

La gravidité simultanée de deux trompes a toujours été considérée comme une rareté clinique et jusqu'au début de ce siècle peu nombreux sont les auteurs qui se sont occupés de cette question.

La première observation connue (Jacques Noier, publiée par Stephanns Manialdus) remonte à 1595, la deuxième de Gabriel King à 1747. Ces observations, peu précises, n'ont d'autre intérêt que leur ancienneté. Ce n'est que bien plus tard que les observations commencent à devenir plus nombreuses et plus détaillées, mais cependant toutes ne sont encore publiées qu'à titre de raretés médicales.

Ainsi en 1895 Duff relate son observation sous le titre de : « Cas unique de double grossesse ectopique ». Walter dit qu'à sa connaissance, c'est le premier cas formel de grossesse tubaire double.

En 1896, Blave, dans les Archives Générales de Médecine, rapporte le cas d'une femme opérée pour rupture de grossesse tubaire gauche. Au cours de l'intervention, un hémato-salpeux droit fut découvert. Il semble bien qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire double. Malheureusement, l'examen histologique de la trompe droite ne fut pas fait.

En 1900, Boissard et Coudert rapportent dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, un cas à peu près analogue, mais dont cette fois l'examen histologique fut fait et permit de démontrer qu'il s'agissait bien d'une grossesse tubaire double.

En 1904, Joyle et Naudrot dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*, ont réuni vingt-neuf observations de grossesses tubaires doubles. Parmi ces observations, il n'y en a que dix où l'on ait trouvé un fœtus à la fois à droite et à gauche. Dans les autres observations, on a rencontré soit un fœtus et ses enveloppes d'un côté, et du tissu placentaire de l'autre; soit absence de fœtus, mais présence de tous les autres éléments d'une grossesse ayant évolué d'une façon nette dans les deux trompes. D'ailleurs, même dans les cas où deux kystes fœtaux furent trouvés, l'un d'eux au moins avait toujours subi de profondes altérations dont la plus fréquente était la momification du fœtus. Il n'y a guère que dans deux ou trois observations où les deux embryons semblent s'être conservés presque intacts, et, par conséquent, avoir été conçus à des époques rapprochées l'une de l'autre et peu éloignées également de l'époque de l'intervention. La différence d'âge entre les deux grossesses a parfois été minime, mais elle n'a jamais été nulle.

Shauta, dans la communication qu'il fit à la Société obstétrico-gynécologique de Vienne, le 12 avril 1904, déclara avoir eu l'occasion d'opérer en 1903 une femme présentant une grossesse tubaire double; et, parlant de cette gestation tubaire simultanée, l'auteur signalait qu'à sa connaissance, il existait seulement quatre cas rapportés dans la littérature.

La communication de Shauta donna lieu à une discussion au cours de laquelle Weinlechner relatait le cas d'une grossesse tubaire bilatérale qu'il avait eu l'occasion d'opérer en 1897.

Pollac, en 1904 dans le *Brooklyn Medical Journal* après avoir relaté l'observation d'un de ces cas, ajoute qu'il croit le cas unique.

Sauvé en 1905, dans sa thèse consacrée aux récidives de la grossesse tubaire, ne rapporte que deux cas de grossesse extra-utérine double et remarque qu'il compte cette éventualité comme absolument exceptionnelle.

En 1906, Pecher fait un travail d'ensemble sur la question, mais ne cite cependant que neuf observations, dont une seulement personnelle.

Depuis cette époque aucun travail d'ensemble ne fut publié et nous sommes obligés de nous reporter aux publications isolées, qui, d'ailleurs, deviennent de plus en plus nombreuses.

En 1912, Vautrin en publie trois cas et indique l'existence des signes particuliers qui doivent mettre le praticien averti en garde et l'amener à poser le diagnostic exact.

Dans les années suivantes les observations deviennent de plus en plus nombreuses et pendant douze ans, de 1913 à 1925, nous en notons seize nouvelles : celles de Cheval (1913), de Mc Donald et Krieger (deux cas en 1913), de Sabin (1914), de Johnson (1915), de Gomez de Rosas (1918), de Cuff (1922), de Wetterdal (1922), de Woolf (1922), de Matthews (1924), de Guillemin (1925), de Robiolis et Henry

(1925), de Harris (1929), de Fournier (1929), de O'Farrell (1931), de Sensini (1931).

Les cas cités ci-dessus n'englobent certainement pas la totalité des publications dont nous laissons le soin de faire la recherche définitive à ceux qui s'intéresseront à la statistique totale.

Nous avons primitivement eu l'idée de revoir toutes ces publications dans notre thèse, mais nous y avons renoncé, craignant que de ce fait une confusion jaillisse. En effet, ce travail eut pu être interprété comme la présentation de la totalité des observations existant dans la littérature médicale et leur nombre relativement restreint aurait alors pu faire croire à la rareté du phénomène. Pour faire ressortir la fréquence de celui-ci nous avons adopté un autre moyen : nous publions la totalité des cas de grossesse extra-utérine que notre Maître, Monsieur le Docteur Penot a eu l'occasion d'observer et dont il a eu la très grande obligeance de nous communiquer les observations.

CHAPITRE II

Etiologie

Les grossesses tubaires bilatérales reconnaissent évidemment pour causes, les mêmes que celles invoquées pour les grossesses extra-utérines unilatérales. Il faut admettre seulement de plus que les altérations fonctionnelles ou organiques existent des deux côtés.

Nous allons dans ce chapitre passer en revue les différentes causes qui ont été proposées, reconnaissant toutefois que parmi celles-ci il n'en existe aucune qui soit apte à produire d'une façon indéniable une grossesse extra-utérine.

Classiquement, toutes ces causes sont divisées en trois groupes : 1° causes provenant de l'ovaire et de la trompe; 2° causes provenant de l'utérus et 3° causes provenant de l'œuf.

*
**

I. — CAUSES PROVENANT DE L'OVAIRE OU DE LA TROMPE

Il est possible d'admettre que la déchirure insuffisante du follicule de de Graaf puisse produire la fécondation et la greffe de l'ovule sur l'ovaire même. L'état pathologique de l'œuf, d'après Strassmann, et un processus inflammatoire

chronique des ovaires (hydropisie folliculaire, ovarite corticale), d'après Strepkowski, pourraient faciliter la fixation de l'œuf sur l'ovaire. On pourrait peut-être incriminer aussi la destruction, par une inflammation pelvienne, des cils vibratiles décrits sur le ligament tubo-ovarique qui produisent un courant séreux se dirigeant vers l'ostium abdominal. Ce courant séreux, dont la fonction est d'amener l'ovule dans la trompe, ne se produisant plus, cet ovule peut ainsi se greffer au voisinage de l'ovaire.

Mais, ces causes, provenant de l'ovaire, sont pour la plupart très hypothétiques, et, en tous cas, doivent être très rares. Nous allons étudier celles qui se rattachent à la trompe. Nous verrons que certaines d'entre elles sont très probablement, et souvent même, des causes de grossesse extra-utérine, aussi bien simple que double.

Un grand nombre d'auteurs, tels que Hecker, Fritsch, Olshausen, ont rapporté des cas de grossesses extra-utérines dûs, d'après eux, à une pelvipéritonite. Des lésions de paramérite peuvent causer des brides, des coudures, des torsions de la trompe qui, en rétrécissant la lumière de son canal, empêchent l'ovule de progresser. Il se peut aussi que le pavillon de la trompe, dévié par des brides péritonéales, ne s'applique pas sur l'ovaire au moment de la ponte ovulaire et oblige ainsi l'ovule à se développer ectopiquement.

Les tumeurs pelviennes peuvent modifier le calibre et la direction des trompes, mais il faudrait avoir une tumeur assez volumineuse, pouvant porter son action sur les deux trompes à la fois, ou avoir deux tumeurs symétriques et semblables. Léopold Wyder et Duhrssen ont incriminé un

polype intra-tubaire; il est possible qu'un polype de cette sorte ait causé une grossesse ectopique, mais il faudrait alors admettre la bilatéralité de cette tumeur, chose exceptionnelle, pour avoir une double grossesse ectopique.

Il en est de même des myomes de la trompe qui, d'après Strassmann, pourraient produire la grossesse extra-utérine.

Les pavillons accessoires, la bifidité de la trompe, sont des anomalies qui, quoique rares, peuvent causer des grossesses extra-utérines. Ces anomalies congénitales sont dues à un vice de développement du canal de Muller. Il est certain que ces phénomènes anormaux ne peuvent qu'exceptionnellement, être la cause de la grossesse extra-utérine, surtout double.

Il n'en est peut-être pas de même des trompes connues sous le nom de trompes infantiles. Une anomalie congénitale dans le trajet et la direction du conduit de Fallope (Freund et Karl Abel), anomalie naturellement bilatérale et symétrique, peut devenir l'origine des grossesses ectopiques dans les deux trompes. Aux premiers stades de leur développement les trompes sont contournées en spirale et leurs sinuosités s'effacent et disparaissent de l'utérus au pavillon pendant qu'elles complètent leur évolution. Il peut arriver que, par suite d'un arrêt de leur développement elles restent contournées et tordues; elles garderaient ainsi leur forme en spirale qu'elles avaient pendant la période fœtale et les replis de la muqueuse qui résultent de cette torsion deviennent une cause de ralentissement ou d'arrêt dans la migration de l'œuf qui reste ainsi fixé dans le conduit au-delà de la portion coudée et spiroïde.

Ces trompes infantiles tout en pouvant être la cause de grossesse extra-utérine bilatérale, puisque toutes deux gardent leur forme spiralée, ne sont pas une cause bien courante. Les altérations de la muqueuse de la trompe sont, d'après de nombreux auteurs, les causes les plus fréquentes des grossesses ectopiques. Une hypothèse de Lawson Tait, longtemps acceptée sans conteste, est celle de la salpingite desquamative. Mais cette théorie n'est plus guère admise aujourd'hui. Bland Sutton a fait remarquer que lorsqu'une salpingite est assez grave pour détruire l'épithélium de la trompe, elle cause d'autres altérations qui amènent l'occlusion de l'orifice abdominal. Bouilly, Martin, Veit, Webster, Pagny, Couvelaire, par des examens de trompes ayant été le siège d'une grossesse, ont pu conclure que ces organes présentaient une remarquable intégrité macroscopique et microscopique.

D'autre part, les expériences pratiquées par Truzzi, Mondl et Schmidt, qui avaient pour but de provoquer le développement de grossesses extra-utérines, n'ont jamais réussi. Tainturier avait lui aussi, essayé en détruisant l'épithélium tubaire des lapins de provoquer expérimentalement la greffe ectopique de l'œuf. Ses expériences ont été négatives. Ce qui prouve que l'obstruction de la trompe n'est pas suffisante pour expliquer cette anomalie.

Cependant, d'après les travaux de Schaunta, Duhrsen, Rougalia, la blennorragie serait une cause fréquente de grossesse ectopique. Cette maladie, en provoquant une endosalpingite catarrhale, amène des modifications suffisantes pour expliquer l'arrêt de l'œuf. Mais il faut que cette salpingite catarrhale soit légère, qu'elle se manifeste seulement par

un gonflement inflammatoire qui tout en n'oblitérant pas la lumière de la trompe, puisse arrêter l'œuf dans sa migration et ainsi l'obliger à se greffer sur cette trompe.



II. — CAUSES PROVENANT DE L'UTÉRUS

L'endométrite paraît jouer un certain rôle comme cause de grossesse extra-utérine ; il se pourrait que l'œuf fécondé ayant pénétré dans l'utérus n'y trouvât pas un endroit propice à son développement. Les fibromes utérins ont été aussi incriminés, surtout quand ils siègent aux environs de l'os-tium uterinum.

Les avortements antérieurs semblent être une cause prédisposante de grossesse ectopique. Il se pourrait que l'avortement fut capable de provoquer une inflammation de la muqueuse utérine et consécutivement une sclérose de l'orifice utérin de la trompe. Cette sclérose aurait pour conséquence un rétrécissement de l'ouverture tubaire. Ce rétrécissement pourrait permettre au spermatozoïde de passer la trompe, de féconder l'ovule, mais l'œuf ainsi formé, trop gros pour pouvoir franchir le rétrécissement, serait arrêté dans la trompe et forcé de se greffer sur une portion quelconque de celle-ci.

Nous faisons remarquer que sur quatre cas de grossesse ectopique double présentes dans nos observations, on en trouve deux avec fausse-couche antérieure.

III. — CAUSES PROVENANT DE L'ŒUF

Nous citerons encore, à ce propos, quelques causes qui, quoique hypothétiques, pourraient d'après certains auteurs, provoquer la grossesse ectopique. Quelques malformations de l'œuf rendraient sa migration moins facile.

D'après Strassmann, certains ovules irréguliers ou trop volumineux chemineraient plus difficilement dans la trompe et ainsi, ne pouvant plus à un certain moment progresser, seraient obligés de se greffer dans cette trompe.

Sippel est d'avis que lorsque l'ovule provient de l'ovaire du côté opposé, il peut, pendant son trajet péritonéal devenir suffisamment gros pour se bloquer dans le canal salpingien. Dans ce cas, on trouverait le corps jaune dans l'ovaire du côté opposé à la trompe gravide.

Si ces cas sont capables de provoquer parfois une grossesse extra-utérine, nous nous rendons bien compte qu'une ectopie double ainsi déterminée est certainement très rare.

*
**

Enfin, il nous faut noter des causes prédisposantes, qui sont : 1° l'âge; 2° la parité; 3° l'hérédité; 4° la profession.

1° Age. — Bisoño, dans sa thèse, précise l'âge des malades dans 107 observations de grossesses ectopiques. Si 13 observations concernent des femmes au-dessous de 25 ans; et 20 des femmes ayant dépassé 35 ans, toutes les autres observations se rapportent à des femmes entre 25 et 35 ans.

Ceci confirme ce qu'écrivaient Messieurs les Professeurs Lenormant et Hartman-Kippel : « C'est plus à la par-

lie moyenne de la vie génitale qu'à ses débuts que s'observent les accidents de la grossesse tubaire et le fait est probablement dû à ce que la femme présente à cette époque un passé génital plus chargé ».

2° *Parité.* — Les gestations ectopiques doubles pouvant dans une certaine mesure être assimilées aux grossesses extra-utérines répétées, nous pouvons donc emprunter la statistique de ces dernières. Ainsi, sur 112 cas, Bruel trouve 29 cas de multipares. Les femmes chez lesquelles la grossesse extra-utérine s'est développée avant toute grossesse normale antérieure ont presque toutes un âge avancé dans la vie génitale. Beaucoup sont mariées depuis plusieurs années, rarement depuis peu. Ces constatations sont donc en faveur de l'hypothèse d'une altération acquise de l'appareil génital. Les multipares, qui représentent la plus grande partie des malades, ont eu généralement une stérilité temporaire assez longue après le dernier accouchement. Ce qui, une fois de plus, est en faveur d'une disposition acquise. Filhoulaud l'explique de la façon suivante : Il semble qu'à l'occasion de la dernière grossesse, il se soit produit une infection utéro-annexielle, suffisamment légère pour passer inaperçue, mais qui cependant a altéré la trompe ou l'ovaire pour amener une stérilité temporaire d'abord, une fixation anormale de l'œuf ensuite. D'ailleurs chez la multipare si une disposition congénitale spéciale avait existé, l'organe aurait dû fonctionner anormalement une première fois.

3° & 4° *Hérédité et Profession.* — Aucune observation ne donne de renseignements sur le fait de savoir si les grossesses ectopiques peuvent être expliquées par des théories

ataviques. Lambert signale le cas d'une malade ayant présenté une grossesse ectopique récidivée et dont la sœur fut opérée pour la même cause. Mais c'est là un cas isolé dont il est impossible de rien conclure.

De même, rien non plus n'est signalé sur l'influence des professions. Toutefois, Henault pense qu'il faut faire entrer en ligne de compte le travail féminin ainsi que certaines causes sociales.

Pour Prunet, si étrangers que puissent paraître de tels facteurs, il serait intéressant de savoir si certaines catégories de femmes ne sont pas plus frappées que d'autres et avec de tels renseignements, il serait peut-être possible d'établir une règle d'hygiène simple servant de base à un traitement prophylactique.

CHAPITRE III

Etude Clinique

Vautrin dans son travail publié en 1912 insiste sur l'issue habituelle de la grossesse tubaire des premières semaines par un avortement tubo-abdominal. Il montre que dans le cas de fécondation tubaire double, l'avortement doit se présenter successivement des deux côtés avec un appareil symptomatique répété, pouvant donner l'éveil à un observateur prévenu.

Comme l'imprégnation d'un ovule fécondé dans chaque trompe, dans la majorité des cas, ne se fait pas au même moment, il s'ensuit que les œufs tubaires ne sont pas rigoureusement contemporains et par conséquent que le moment où leur existence éphémère prendra fin par apoplexie ovulaire, sera quelque peu différent. A moins d'une imprégnation par le même coït fécondant, ce qui doit être très rare, l'évolution de deux grossesses tubaires simultanées se fait parallèlement jusqu'au terme habituel, l'avortement, qui s'opère pour chaque œuf presque toujours vers la même époque, c'est-à-dire les quatre ou six premières semaines.

Au lieu d'une terminaison par avortement tubo-abdominal on peut observer un avortement tubo-utérin ou la rupture tubaire. Cette dernière se présentant le plus souvent dans le

cas de kystes fœtaux plus anciens et plus développés, offre une symptomatologie plus imposante et s'accompagne parfois de complications plus sérieuses.

Quand chez la femme survient au cours d'une période intermenstruelle, avec ou sans suspension momentanée des règles, une douleur abdominale vive, inopinée, suivie quelquefois de vomissements, de lipothymie, de légère perte utérine, on doit penser à la terminaison abortive d'une grossesse ectopique. D'autre part, si quelques jours ou quelques semaines après ce phénomène, souvent même avant que les suites du premier accident aient disparu, mêmes phénomènes se reproduisent, il faut alors soupçonner une grossesse tubaire double. Le fait sera facilement vérifié par le toucher, qui permettra de constater dans le cul-de-sac utéro-rectal l'existence nette de deux collections en relief, de consistance, de sensibilité différentes, représentant les deux masses hématisées successives, parfois si nettement juxtaposées dans le Douglas qu'on dirait deux tumeurs distinctes. Il arrive aussi que chaque avortement ou chaque rupture tubaire s'accompagne de coliques utérines avec pertes sanguines et expulsion de débris de caduque.

Ce sont là des lignes précis au moyen desquels il est possible de reconnaître d'une façon certaine la grossesse tubaire bilatérale (Vautrin).

Jayle et Nidaurot pensent également que le diagnostic de grossesse ectopique double est possible. Ils indiquent qu'on peut, et même qu'on doit, poser le diagnostic quand on a affaire à des femmes qui, à deux époques très nettement distinctes et plus ou moins espacées, ont présenté la plupart des

symptômes d'une grossesse à ses débuts, avec dans la suite, des phénomènes d'avortement sans fausse-couche véritable.

A l'examen, on constaterait la présence d'une tumeur para-utérine, occupant à la fois le cul-de-sac de Douglas, les deux cul-de-sac latéraux, quelquefois même étendue plus ou moins loin dans les fosses iliaques.

Evidemment, lorsque le tableau clinique se présente avec une telle netteté, le praticien averti doit songer à ce diagnostic, mais le plus souvent les précisions manquent, et, d'autre part, l'aspect des accidents ne se révèlent pas toujours en deux périodes distinctes.

Aussi les quatre cas de grossesse ectopique double présentés dans notre thèse ne furent découverts qu'au cours des interventions chirurgicales.

CHAPITRE IV

Anatomie Pathologique

Les grossesses ectopiques doubles peuvent être groupées trois catégories :

1° La grossesse bilatérale, mais non simultanée : il existe d'abord une première grossesse dans une trompe, mais le produit de conception meurt et s'arrête dans son développement. Puis, il se produit une nouvelle grossesse du côté opposé.

2° L'évolution de deux grossesses ectopiques est simultanée, mais les deux fœtus ne sont pas du même âge.

3° Les grossesses ectopiques sont simultanées avec des fœtus du même âge

Nous allons étudier chacune de ces variétés puisque dans tous les cas on trouve à l'opération un fœtus dans chacune des trompes.

Comme constatation anatomique, il faut signaler, du côté de la trompe qui a été le siège de la première grossesse ectopique, la présence d'une tumeur constituée par un kyste fœtal. Le kyste fœtal est formé par la trompe rompue et une cavité limitée par des adhérences intestinales et pariétales. Le kyste contient peu ou pas de liquide, mais une

sorte de magma brun au milieu duquel se trouve un embryon plus ou moins résorbé ou momifié (Pecher).

Les lésions du côté opposé sont les mêmes que celles résultant d'une grossesse extra-utérine simple rompue récemment.

Quand les deux grossesses sont de même âge et évoluent toutes deux uniformément, les constatations sont identiques des deux côtés.

Les grossesses bilatérales avec fœtus d'âge différent sont évidemment de beaucoup les plus fréquentes. Les conceptions se produisant en même temps lors du même coït fécondant sont probablement en effet assez rares. Mais très souvent l'âge des deux fœtus se rapproche tellement qu'il est impossible d'indiquer la différence qui peut être minime. De pareils cas sont assez fréquents puisque dans 25 observations citées par Krieger et MacDonald il y avait 10 fœtus du même âge.

CHAPITRE V

De grossesses extra-utérines successives

Parmi nos observations se trouve l'histoire d'une grossesse extra-utérine répétée. Notre malade (observation XVIII) a subi en 1926 l'opération pour une grossesse ectopique droite. En 1928, elle a été opérée d'une grossesse tubaire du côté opposé. A cette occasion, nous croyons utile de dire quelques mots des grossesses tubaires successives, éventualité clinique dont la fréquence est reconnue et dont l'aspect a été étudié par de nombreux auteurs.

Fréquence. — Si nous nous rapportons aux différentes statistiques, nous trouvons les moyennes suivantes :

Lejars et Williams	5	%
Dietrich	4,68	%
Richard R. Smith	14	%
Monthuer	12	%
Bruel	5	%

La moyenne de ces diverses statistiques nous donne 7,5 % comme fréquence.

Symptômes et Diagnostic. — Les symptômes de la récurrence sont ceux de toute grossesse ectopique avec ses différents types cliniques : précocement il se forme, ou un héma-

to-salpeux, véritable avortement par rétention, ou un avortement tubo-abdominal avec inondation péritonéale. Il faut se souvenir que de nombreuses grossesses ectopiques peuvent passer inaperçues; il peut y avoir rétention de l'œuf calcifié, résorption, transformation en lithopédion du fœtus dans la trompe et alors la grossesse tubaire se termine d'une façon silencieuse; lors d'une intervention ultérieure on en retrouve habituellement les vestiges.

Nous retrouvons donc comme symptômes de la récursive :

1° Un retard de règles constant;

2° Des douleurs sous forme de pesanteur dans le bas-ventre, la femme ayant une sensation de tension dans son bassin. Les malades accusent le maximum de douleur, tantôt au niveau de la région lombaire, tantôt au niveau du rectum.

3° Une tendance aux syncopes.

4° Des hémorragies, presque constantes et Lejars le déclare indispensables pour faire le diagnostic de grossesse ectopique. Ce sont des hémorragies en caillots noirâtres, peu abondantes, mais fréquemment répétées durant plusieurs jours ou plusieurs semaines et qui surviennent sans cause appréciable. Il peut aussi y avoir expulsion de caduque, mais ce signe est inconstant. En cas de rupture, la scène change : le shock que l'on observe, se manifeste brusquement par une douleur abdominale très vive, accompagnée d'angoisse, assez souvent de syncope et de collapsus, de faiblesse et de rapidité du pouls. Huet, de Bruxelles et Grad, insistent avec raison sur l'importance du signe de Douglas : ce signe consiste en une douleur exquise provoquée par le toucher du cul-de-

sac postérieur. Tels sont les symptômes les plus fréquents et les plus constants de la récidence de la grossesse tubaire. Le diagnostic de la récidence peut présenter certaines difficultés. Il est évident que la malade déjà instruite par son premier accident à l'attention d'emblée plus éveillée vers la possibilité d'une grossesse ectopique.

La première difficulté vient de ce que l'on est obligé de poser le diagnostic quand les signes de certitude de grossesse manquent. Nous distinguerons trois cas :

1° La grossesse évolue sans accident. Quand avant le quatrième ou cinquième mois, il n'y a pas d'avortement ou de rupture tubaire, pour faire ce diagnostic, on s'appuiera sur les antécédents de la malade et sur la présence d'une tumeur à côté et en arrière de l'utérus, coïncidant avec des signes de probabilité de grossesse.

2° La grossesse cesse d'évoluer. Le fœtus se calcifie et se transforme en lithopédion, les signes de grossesse disparaissent; il faut alors avoir recours au toucher vaginal et au palper bimanuel; on pourra percevoir, à côté de l'utérus une tumeur bien délimitée et séparée de la matrice par un sillon. Mais alors, nous pouvons confondre avec un pyosalpinx, un hématosalpinx ou un hydrosalpinx.

3° La rupture tubaire se produit : Chez une femme ayant présenté des signes vagues de grossesse et des douleurs abdominales, l'apparition brutale de shock avec réaction péritonéale ne permet guère le doute à un esprit averti. La confusion avec une perforation d'un organe abdominal est évitable, mais à supposer qu'elle soit faite, elle n'a guère d'inconvénients, puisque la laparotomie s'impose dans les deux

cas. L'erreur la plus grave est de prendre cette rupture pour un avortement, mais cette erreur peut être évitée si on pratique une examen minutieux de la malade et, dans les cas douteux, l'évolution des accidents met rapidement sur la voie du diagnostic.

Le diagnostic de la récurrence peut être plus difficile que celui de la première grossesse ectopique. Les troubles génitaux si fréquents qui émaillent la vie des malades après leur première opération peuvent compliquer le problème diagnostique du fait de divers facteurs tels que :

— Troubles de la menstruation gênant dans l'appréciation d'un retard des règles ;

— Modifications morphologiques de l'appareil utéro-annexiel pouvant fausser les données du toucher et faire penser à une grossesse extra-utérine alors qu'il n'en est rien ou vice-versa.

Néanmoins dans l'immense majorité des cas et de l'avis unanime des auteurs, la notion d'une première grossesse ectopique dans les antécédents de la malade éveille forcément l'attention et permet rapidement un diagnostic ferme.

Pronostic. — Celui-ci doit être considéré à deux points de vue très différents :

Du point de vue vital, il demeure comme la première fois fonction de la précocité du diagnostic et de la célérité opératoire.

Du point de vue fonctionnel par contre il est évident que par la castration devenue bilatérale qu'elle entraîne, cette récurrence est la source de toute une gamme d'accidents endo-

criniens de ménopause chirurgicale variables suivant l'acte opératoire choisi selon que l'on se décide pour :

l'hystérectomie ;

l'ablation des annexes restantes ;

ou la simple exérèse tubaire avec conservation de l'ovaire.

C'est donc, on le voit :

Au minimum, la stérilité définitive certaine ou même bien souvent la stérilité totale compliquée d'accidents endocriniens plus ou moins graves de ménopause chirurgicale (Martin).

CHAPITRE VI

Quelques considérations sur les observations présentées

Nous présentons à la fin de cette thèse 45 observations de grossesses extra-utérines opérées. Il nous faut déduire avec quelle fréquence pourrait-on s'attendre de trouver la grossesse tubaire double en opérant une femme présentant des signes de grossesse ectopique.

Parmi nos quarante-cinq observations se trouvent :

40 grossesses ectopiques simples ;

4 grossesses ectopiques doubles ;

1 grossesse ectopique répétée.

Nous voyons que l'ectopie bilatérale n'est pas un phénomène rare ou exceptionnel ainsi qu'elle a été considérée jusqu'à maintenant. Ce phénomène au contraire doit être compté comme assez fréquent, puisque son rapport au nombre total de grossesses extra-utérines peut atteindre 10 %.

Doit-on attribuer ce chiffre élevé au jeu du hasard ?

Nous l'ignorons, mais même si en réalité le pourcentage est moins notable, car le hasard peut peut-être jouer un certain rôle, néanmoins le seul fait qu'il est possible que la proportion atteigne 10 %, indique avec quelle attention on doit

vérifier au cours de chaque opération l'état de la trompe opposée.

En présentant un nombre assez grand d'observations de grossesses extra-utérines, nous ne pouvons pas manquer l'occasion d'exposer quelques particularités que nous y avons remarquées.

• Tout d'abord, le fait de trouver parmi ces observations un cas de grossesse ectopique répétée, indique une fois de plus que la femme opérée d'une grossesse extra-utérine n'est pas à l'abri du renouvellement de l'accident. Nous avons indiqué plus haut le chiffre 7,5 pour cent comme proportion de récides. Il est impossible de nous baser sur un seul cas et d'en déduire une statistique. Le pourcentage de 2,5 qu'il atteint est un chiffre inférieur à ceux trouvés par les auteurs qui ont relevé un nombre plus considérable d'observations et qui sont ainsi plus autorisés pour prononcer leur jugement.

D'autre part, nous devons indiquer la grande fréquence de grossesse utérine gauche. Sur trente-huit cas, il en existait 28 de grossesse tubaire gauche et dix seulement de droite.

Nous ne connaissons pas l'explication de cette préférence, mais le fait doit être accepté tel qu'il se présente sans autre commentaire puisqu'il est prouvé par la pratique.

Le nombre des cas de rupture est toujours très élevé par rapport à la quantité de grossesses diagnostiquées et opérées avant l'apparition des accidents. Nous relevons parmi nos observations douze cas seulement d'interventions avant la rupture.

Observations

OBSERVATION I

RUPTURE

D'UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE SIMPLE

Mademoiselle X..., âgée de 20 ans, le 23 janvier 1923 vient de Les Monthils, envoyée par le Docteur D...

Retard des règles depuis un mois. Jusque-là aucun trouble génital; a toujours été bien réglée.

L'année précédente a fait une fausse-couche à la suite de laquelle on lui avait fait un curettage.

Début des accidents brusque. Violente douleur dans le pelvis. Etat syncopal. Signes d'hémorragie interne. Pâleur intense. Anémie. Pouls incomptable.

Opération pratiquée seize heures après le début des accidents sous l'anesthésie générale à l'éther.

A l'ouverture, on trouve une inondation péritonéale très abondante. On pratique l'ablation de la trompe droite. Les suites opératoires sont très bonnes; guérison rapide sans aucune complication.

OBSERVATION II

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE NON ROMPUE

Madame B..., 24 ans, venant de Blois, envoyée par le Docteur B... consulte le 12 février 1924 pour des métrorragies.

Depuis quelque temps la malade présente des pertes de sang mêlé d'une grande quantité de caillots.

En même temps nausées fréquentes avec vertiges.

En même temps également elle éprouve une pesanteur devant le rectum.

Le bas-ventre est sensible.

Du côté gauche, on perçoit une grosse masse para-utérine.

Diagnostic : grossesse extra-utérine.

Opération pratiquée sous anesthésie à l'éther.

On extrait l'œuf formant une masse du volume d'une orange.

Suites opératoires normales, guérison rapide.

OBSERVATION III

Rupture de la trompe droite d'une grossesse extra-utérine double

Madame D..., de Chaumont, envoyée par Docteur L...

Antécédents. — La malade est mariée depuis neuf ans, sans grossesse. Elle consulte pour stérilité et demande une intervention.

Au mois de janvier 1924 on lui fait une application de lamineaires pour dilater le col.

Deux mois et demi après la malade revient pour consulter pour retard de règles de six semaines environ.

A l'examen : on constate : utérus gros, mou, culs-de-sacs souples, légères pertes avec caillots. On pense à une menace d'avortement et la malade est alitée et gardée en observation.

Les accidents éclatent le 1^{er} septembre 1924 à midi. Brusquement, la malade ressent des douleurs abdominales violentes siégeant dans tout l'abdomen, mais particulièrement intenses dans la région sous-ombilicale.

La malade est examinée soigneusement.

A la palpation, on constate que le ventre est tendu, contracturé.

Le pouls a 84.

La température 38°2.

Faciès vultueux.

Le toucher vaginal est difficile à pratiquer à cause des douleurs intenses qu'il provoque.

Opération : Sang dans tout le ventre. A l'exploration des annexes gauches, on trouve un gros kyste fœtal (confirmé à l'examen de la pièce anatomique). Il y avait par conséquent une grossesse tubaire gauche non rompue. On fait l'ablation de la trompe et de l'ovaire gauche qui ne forment qu'une masse.

On explore ensuite l'état des annexes droites et on constate la rupture de la trompe droite dans sa partie isthmique. On pratique son ablation en laissant l'ovaire droite et l'utérus.

Les suites opératoires sont en somme bonnes. La guérison définitive a pourtant été un peu retardée par une petite phlébite gauche.

OBSERVATION IV

RUPTURE

D'UNE GROSSESSE EXTR-UTÉRINE SIMPLE

Madame O..., âgée de 24 ans, vient de Romorantin, envoyée par le Docteur M...

Elle présente un retard de règles datant d'un mois et demi. Pendant ce temps, à deux reprises elle a présenté un écoulement de sang avec caillots. Malaise. En même temps, gêne continuelle dans le bas-ventre.

A la palpation, on sent à gauche de la ligne médiane une masse para-utérine.

Le diagnostic est posé de grossesse extra-utérine et l'opération est décidée pour quelques jours plus tard.

Brusquement dans la nuit qui précédait l'opération, le 15 février 1924, des douleurs dans le bas-ventre et très rapidement tous les signes d'une grave hémorragie interne.

A l'opération qui est immédiatement pratiquée, on trouve une rupture de la trompe gauche dont on pratique l'ablation. Le ventre est rempli d'une grande quantité de sang.

Etat syncopal très inquiétant.

Les suites opératoires sont bonnes.

OBSERVATION V

RUPTURE TUBAIRE SIMPLE

Madame P... vient de Romorantin envoyée par le Docteur M...

Présente un retard de règles datant de deux mois.

Quelques métrorragies.

Brusquement le 10 juillet 1925 signes de rupture.

Inondation péritonéale.

Etat syncopal.

On fait l'ablation des annexes gauches où l'on trouve de gros caillots.

Guérison simple.

OBSERVATION VI

HÉMATOCELE

Madame X... vient de Villelonet envoyée par le Docteur D... le 4 Août 1925.

Présente un retard de règles datant d'un mois et demi. D'abord aucune douleur, mais quelque temps après commence à ressentir des douleurs dans le bas-ventre.

Pas de signe d'hémorragie brusque et abondante, mais douleurs continuelles accompagnées d'un malaise.

Examen : Cul-de-sac de Douglas bombe fortement. En le ponctionnant on trouve du sang noir.

Température : 38°4.

On fait une colpotomie par voie vaginale.

On draine : il coule en abondance du sang noir.

La malade est très surveillée, car on craint des complications.

Guérison assez rapide.

OBSERVATION VII

HÉMATOCÈLE

Madame B..., âgée de 39 ans, entre le 27 août 1925 présentant quelques hémorragies.

Douleur continue au bas-ventre.

Cul-de-sac de Douglas très bombé.

On enlève l'ovaire gauche

Guérison simple.

OBSERVATION VIII

RUPTURE TUBAIRE SIMPLE

Madame I... vient en 1925 de Blois, envoyée par le Docteur M...

Brusquement le matin présente des douleurs et des signes d'hémorragie interne grave.

L'opération est pratiquée immédiatement.

A l'ouverture : inondation péritonéale grave.

Trömpe gauche rompue.

Les suites opératoires sont bonnes.

OBSERVATION IX

GROSSESSE TUBAIRE DROITE

Mme M..., 29 ans, entre le 17 novembre 1925, pour des douleurs et pertes sanguines.

Masse para-utérine droite.

Ablation des annexes droites.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION X

RUPTURE TUBAIRE SIMPLE

Madame X... vient le 8 février 1926 de Montrichard, envoyée par le Docteur Le H...

Retard de règles depuis quinze jours.

Début des accidents brusque, survenant un matin par de violentes douleurs.

Opération d'urgence pratiquée dans l'après-midi.

Etat syncopal.

Anémie intense.

Pâleur très accentuée.

Pouls filant.

A l'ouverture, on trouve une très grosse inondation péritonéale.

On enlève trompe gauche rompue.

Les suites opératoires sont sans incidents.

OBSERVATION XI

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE SIMPLE NON ROMPUE

Madame G..., âgée de 36 ans, vient le 29 Mai 1926 de Blois, envoyée par le Docteur M...

Pas de retard de règles, mais métrorragies.

Utérus gros.

On pense au fibrome, mais l'examen montre à la palpation une masse sensible para-utérine située à gauche de l'utérus.

Opération : On trouve un gros kyste fœtal dans la trompe gauche.

On fait l'ablation des annexes gauches en laissant l'utérus et les annexes droites.

Suites opératoires simples.

OBSERVATION XII

RUPTURE TUBAIRE SIMPLE

Madame B... vient le 11 juillet 1926 de Romorantin, envoyée par le Docteur M...

Début brusque des accidents.

Inondation péritonéale.

Opération pratiquée d'urgence.

Ablation de trompe déchirée.

Guérison simple.

OBSERVATION XIII

RUPTURE

D'UNE GROSSESSE ECTOPIQUE SIMPLE

Madame G..., âgée de 30 ans, vient le 10 novembre 1926 de Blois, envoyée par le Docteur A...

La malade a vu normalement ses règles au mois d'août, mais depuis cette date a présenté à plusieurs reprises de légères métrorragies.

Elle a également vu ses règles au mois de Septembre, qui furent aussi suivies de quelques métrorragies.

A ce moment à l'examen on lui a trouvé des annexes droites légèrement grosses et sensibles.

A l'examen pratiqué à la fin d'octobre, on trouve que les annexes droites ont beaucoup grossi depuis le dernier examen. Elles provoquent un peu de gêne et de douleurs plus ou moins nettes.

On pense à une grossesse extra-utérine et on décide l'opération.

La veille de l'opération la malade commence à accuser des malaises et des douleurs qui augmentent de plus en plus et deviennent très intenses.

A l'opération, on trouve du sang libre dans le bas-ventre et la trompe droite en voie de rupture.

On constate également quelques adhérences qui entourent la trompe droite.

Ablation des annexes droites.

Guérison simple.

OBSERVATION XIV

RUPTURE TUBAIRE SIMPLE

Madame C... vient le 29 Novembre 1926 de Blois, envoyée par le Docteur L...

Antécédents : a eu trois grossesses normales et trois enfants bien portants.

Retard de règles depuis un mois.

Actuellement depuis deux jours accuse un malaise général.

Quelques petites hémorragies.

A la palpation, on délimite une énorme masse para-utérine droite, non douloureuse.

Opération : On trouve une masse enkystée.

La trompe droite est rompue et entourée d'un litre de sang en caillots.

Ablation des annexes droites.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XV

RUPTURE TUBAIRE SIMPLE

Madame M..., âgée de 22 ans, vient le 2 février 1927 de Villeneuve, envoyée par le Docteur L...

La malade présente tous les signes de grossesse de deux mois ; retard de règles ; gros utérus.

Il y a un mois au moment où les règles devaient venir

la malade ressentit de vives douleurs et eu une légère perte de sang.

Le 1^{er} février apparaissent brusquement des douleurs violentes avec état syncopal, mais on ne demande le médecin que le 2 février, puisque le premier accident du mois précédent s'était arrangé tout seul.

L'opération est décidée d'urgence.

Etat très grave.

Syncope.

Pouls imperceptible.

L'opération est faite à peu près sans anesthésie, car la malade n'a aucune sensation.

On trouve une inondation péritonéale considérable.

On enlève rapidement les annexes gauches et immédiatement on pratique une transfusion sanguine.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XVI

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE SIMPLE NON ROMPUE

Madame G..., vient le 6 Octobre 1927, de Mer, envoyée par le Docteur H...

Signes de grossesse de deux mois.

Masse para-utérine gauche.

Aucun signe de rupture.

Opération : La trompe n'est pas rompue, mais on trouve un peu de sang et quelques caillots autour d'elle. Cloisonnes.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XVII

Grossesse extra-utérine double

Mademoiselle C..., âgée de 20 ans, vient le 16 novembre 1927, de Cellettes, envoyée par le Docteur D...

La malade qui était toujours bien réglée, a eu il y a trois semaines ses dernières règles qui n'ont duré qu'un jour.

A peu près vers la même époque, elle a présenté un accident caractérisé par des douleurs siégeant dans le bas-ventre.

Elle présentait, paraît-il, un peu de fièvre.

Son ventre était tendu et il existait un écoulement noirâtre par le vagin.

Son médecin craignant une poussée d'annexite, lui ordonna du repos, et de la glace sur le ventre.

Ce traitement apporta assez rapidement une amélioration.

Depuis quelques jours l'état s'aggrave.

Pâleur. Pouls à 100.

Pas de fièvre.

Ventre gros.

Matité dans le bas-ventre.

Pas de contracture.

Pas de défense.

Au toucher, on provoque un peu de douleur.

Les culs-de-sac bombent légèrement.

Utérus non mobile, difficile à limiter.

Diagnostic : grossesse extra-utérine.

L'opération est pratiquée le 16 Novembre.

A l'ouverture, on trouve des caillots en abondance dans tout le bas-ventre.

Trompe droite rompue (probablement depuis trois semaines).

Des adhérences limitent les caillots, l'hématome était enkysté.

On enlève les annexes droites et les caillots. En vérifiant l'état des annexes gauches on a la surprise de trouver un petit kyste dans la trompe gauche. La trompe dilatée dans sa partie ampoulaire et très congestionnée est enlevée dans sa totalité mais on laisse l'ovaire gauche et l'utérus. L'examen histologique de la trompe gauche démontre la présence des villosités choriales et des caillots organisés.

Les suites opératoires sont normales sans aucun incident et la guérison est rapide.

Les règles réapparaissent et viennent normalement depuis.

La malade se marie en 1928.

OBSERVATION XVIII

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE RÉPÉTÉE

Madame R..., âgée de 29 ans, entre le 7 mars 1928 avec les signes d'une rupture de grossesse extra-utérine.

Antécédents. — En avril 1926, la malade a été opérée par le Docteur F..., pour une grossesse ectopique droite.

En février 1928, la malade subit l'opération de colpotomie pour hématocele.

Actuellement à l'opération, on trouve la trompe gauche rompue et on pratique son ablation.

OBSERVATION XIX

RUPTURE DE GROSSESSE ECTOPIQUE SIMPLE

Madame Ph..., âgée de 33 ans, entre le 20 avril 1928 avec tous les signes de grossesse extra-utérine rompue.

A l'opération qui est pratiquée d'urgence, on trouve la trompe droite rompue.

Ablation des annexes droites.

Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION XX

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE SIMPLE

Madame A..., âgée de 22 ans, entre le 11 septembre 1928 pour des douleurs siégeant au bas-ventre.

Retard de règles depuis un mois et demi. Quelques pertes sanguines dernièrement.

Masse para-utérine gauche.

Ablation des annexes gauches.

Guérison simple.

OBSERVATION XXI

GROSSESSE ECTOPIQUE SIMPLE ROMPUE

Madame L..., âgée de 34 ans, vient le 24 Octobre 1928, envoyée par le Docteur F...

Petit retard de règles.

Début violent des accidents.

Inondation péritonéale.

Etat grave.

A l'opération, on trouve une énorme quantité de sang dans le ventre.

On pratique l'ablation des annexes droites.

Guérison sans incidents.

OBSERVATION XXII

GROSSESSE ECTOPIQUE SIMPLE ROMPUE

Madame C..., âgée de 29 ans, vient de Saint-Laurent-des-Eaux, envoyée par le Docteur C...

Retard de règles datant d'un mois.

Début des accidents brusques, il y a huit jours par un état de fatigue extrême et des douleurs dans le bas-ventre.

Depuis quarante-huit heures des vomissements.

Au toucher : Utérus gros ; masse sensible à gauche.

A l'opération, on constate une hématocele enkystée à gauche de l'utérus, englobant une anse intestinale en état d'occlusion. On la délibère.

On enlève les caillots et les annexes gauches.

Les vomissements continuent après l'opération.

Injection de sérum salé hypertonique.

La malade est morte deux jours après.

OBSERVATION XXIII

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE SIMPLE NON ROMPUE

Madame M..., âgée de 28 ans, vient de Bourré, envoyée par le Docteur B...

Dernières règles avec un peu de retard et moins abondantes.

Douleurs dans le bas-ventre.

Masse para-utérine gauche.

A l'opération, on trouve la trompe gauche grosse comme une noix, adhérente et pleine de caillots.

Ablation des annexes gauches.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XXIV

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE SIMPLE NON ROMPUE

Madame L..., âgée de 35 ans, d'Onzin, envoyée par le Docteur L...

Quelques douleurs dans le bas-ventre.

Retard de règles depuis trois semaines.

On sent une petite masse para-utérine gauche.

A l'opération : trompe gauche pleine de caillots.

Ablation de la trompe gauche.

Guérison simple.

OBSERVATION XXV

RUPTURE DE GROSSESSE ECTOPIQUE SIMPLE

Madame G..., âgée de 30 ans, entre le 5 juillet 1929, avec tous les signes d'une hémorragie interne.

Antécédents de salpingite droite.

A l'opération, on trouve la trompe gauche rompue.

On pratique l'ablation des deux ovaires et des deux trompes (pour la salpingite à droite) en même temps que l'appendicectomie.

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION XXVI

Grossesse extra-utérine double

Madame L..., âgée de 33 ans, vient le 16 juillet 1929 de Blois, envoyée par le Docteur V...

A l'interrogatoire, on apprend que la malade présente des troubles des règles depuis déjà deux mois. D'abord ses troubles se manifestèrent sous forme d'un léger retard, puis elle a présenté une légère perte de sang. Huit jours après, cette première perte, une deuxième s'est produite et ainsi depuis deux mois, elle a vu recommencer à plusieurs reprises ces petites hémorragies.

Antécédents de la maladie.

On trouve une fausse-couche de deux mois dans les antécédents de la malade.

On a d'abord pensé à un avortement.

Mais à l'examen de la malade, percevant une masse para-utérine gauche, non douloureuse, on a été amené à poser le diagnostic de grossesse extra-utérine et on a décidé l'opération.

A l'opération, on constate un kyste fœtal gros comme une orange dans la trompe gauche. On fait l'ablation des annexes gauches.

La trompe droite se présente grosse comme une noix. Il existait également une grossesse extra-utérine droite. On enlève la trompe droite bourrée de caillots. On laisse l'ovaire droit. L'examen histologique démontrant la présence d'un petit kyste fœtal à gauche et des villosités choriales autour d'un caillot organisé à droite, confirme le D. de gravidité bilatérale.

Les suites opératoires sont normales.

La malade à sa sortie ne souffre pas. Elle voit la réapparition de ses règles et est restée réglée depuis.

OBSERVATION XXVII

GROSSESSE ECTOPIQUE SIMPLE ROMPUE

Madame B. T..., vient le 29 juillet 1929 de Laucombe, envoyée par le Docteur St-A...

Retard de règles depuis un mois.

La rupture s'est produite le 28 juillet au soir. La malade et sa famille refusent toute opération.

Le 29 juillet, l'état s'aggrave, la malade présente des syncopes.

L'opération d'urgence est pratiquée presque sans anesthésie. Pouls filiforme.

Enorme inondation péritonéale.

Ablation des annexes gauches.

Guérison simple.

OBSERVATION XXVIII

GROSSESSE ECTOPIQUE SIMPLE ROMPUE

Madame R... vient le 31 août 1929 de Thisée, envoyée par le Docteur B...

Retard de règles depuis un mois et demi.

Pendant cette période, quelques métrorragies.

On sent au toucher, une masse qui bombe le Douglas et qui est indépendante de l'utérus.

Opération : hématocele, caillots abondants, trompe gauche rompue.

Ablation des annexes gauches.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XXIX

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE SIMPLE ROMPUE

Madame C..., âgée de 40 ans, vient le 18 septembre 1929 de la Ferté Saint-Cyr, envoyée par le Docteur C...

Retard de règles depuis trois semaines.

Depuis quelques jours, des douleurs avec quelques petites pertes de sang.

Depuis le matin : douleurs vives, pâleur.

Opération : rupture de la trompe droite. Le sang en abondance dans le ventre.

On fait l'ablation des annexes droites.

Suites opératoires sans incidents.

OBSERVATION XXX

• RUPTURE D'UNE GROSSESSE ECTOPIQUE SIMPLE

Madame D..., vient de Chaumont, envoyée par le Docteur G..., le 3 novembre 1929.

Retard de règles depuis huit jours.

Depuis le matin des douleurs violentes dans le bas-ventre. Etat syncopal.

A l'opération : inondation péritonéale. Petite perforation de la trompe gauche.

Ablation de cette trompe.

Guérison simple.

OBSERVATION XXXI

GROSSESSE ECTOPIQUE SIMPLE ROMPUE

Madame X... vient le 5 novembre 1929 de Maslives, envoyée par le Docteur St-A...

La rupture s'est produite dans la nuit.

Etat grave.

Syncopes.

Pâleur extrême.

Pouls incomptable.

Ventre ballonné, non contracturé.

Opération : Sang très abondant libre dans le ventre.
Trompe gauche rompue.
On fait son ablation.
Suites opératoires normales.

OBSERVATION XXXII

GROSSESSE ECTOPIQUE SIMPLE ROMPUE

Madame G..., 32 ans, vient le 10 novembre 1929, de Selles-sur-Cher, envoyée par le Docteur M...

Retard de règles depuis quinze jours.

La rupture s'est produite brusquement la veille au soir.

La malade arrive en auto de quarante kilomètres très fatiguée.

Etat grave.

A l'opération, sang en quantité considérable dans le ventre.

La trompe gauche est rompue.

Ablation de la trompe gauche.

Guérison simple.

OBSERVATION XXXIII

GROSSESSE ECTOPIQUE SIMPLE ROMPUE

Madame V..., âgée de 23 ans, entre le 18 janvier 1930 avec les signes d'une hémorragie interne.

A l'opération, on trouve la rupture de la trompe droite.

On pratique l'ablation de trompe et de l'ovaire droite.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XXXIV

RUPTURE DE GROSSESSE ECTOPIQUE SIMPLE

Madame D..., âgée de 33 ans, vient de Mur en Sologne, le 30 janvier 1930, envoyée par le Docteur F...

Petit retard de règles.

Début brusque le matin par des douleurs violentes et de petites pertes de sang.

A l'opération, on constate une quantité considérable de sang avec caillots.

La trompe gauche est rompue. On fait son ablation.

Les suites opératoires sont normales.

OBSERVATION XXXV

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE SIMPLE NON ROMPUE

Madame P..., âgée de 29 ans, de Herbault, vient le 9 avril 1930 envoyée par le Docteur St-A...

Petit retard des règles.

On perçoit une masse para-utérine molle à gauche.

A l'opération, on trouve la grossesse tubaire gauche. On fait l'ablation de la trompe gauche.

Les suites opératoires sont bonnes.

Madame P... a un enfant en 1931 après une grossesse et un accouchement normaux.

OBSERVATION XXXVI

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE SIMPLE NON ROMPUE

Mademoiselle H... de Cour Cheverny vient le 22 août 1930 envoyée par le Docteur B...

Retard de règles, ensuite une petite perte de sang.

Gêne dans le bas-ventre.

Masse para-utérine droite non douloureuse.

A l'opération on trouve une grossesse tubaire droite et on fait l'ablation de la trompe droite.

Guérison simple.

OBSERVATION XXXVII

RUPTURE DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE SIMPLE

Madame D... de Montrichard vient le 22 août 1930, envoyée par le Docteur M...

Retard de règles depuis trois semaines.

D'abord sans aucun malaise.

Brusquement, les accidents éclatent sous forme de douleurs violentes dans le ventre et de pertes de sang. Etat grave.

A l'opération.

Inondation péritonéale très abondante. Caillots en grande abondance. Trompe gauche rompue.

Ablation de la trompe gauche.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XXXVIII

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE SIMPLE NON ROMPUE

Madame C..., âgée de 31 ans de Blois vient le 11 octobre 1930 envoyée par le Docteur M...

Retard de règles depuis un mois.

Depuis huit jours de petites pertes sanguines et douleurs dans le bas-ventre.

On sent à gauche de l'utérus une masse molle, non douloureuse.

Opération : Kyste fœtal dans la trompe gauche non rompue. Des adhérences et un peu de sang autour.

Ablation de la trompe gauche.

Guérison simple.

OBSERVATION XXXIX

GROSSESSE ECTOPIQUE SIMPLE ROMPUE

Madame G..., âgée de 33 ans, entre le 27 octobre 1930 avec des signes d'une hémorragie interne. Etat grave.

Antécédents de salpingite.

Opération pratiquée d'urgence.

Trompe gauche rompue.

Trompe droite dilatée et enflammée.

On enlève les deux trompes.

L'examen histologique de la trompe droite montre une salpingite banale.

Guérison simple.

OBSERVATION XXXX

GROSSESSE ECTOPIQUE SIMPLE ROMPUE

Madame P... de Preslivos, vient le 1^{er} novembre 1931, envoyée par le Docteur V...

Douleurs violentes dans le ventre à 7 heures du matin.

Etat syncopal rapide.

L'opération est pratiquée à 14 heures presque sans anesthésie, la malade se trouvant dans une syncope, sans connaissance.

On trouve une inondation péritonéale considérable.

On pratique l'ablation des annexes gauches.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XXXXI

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE SIMPLE ROMPUE

Madame Henriette R..., âgée de 43 ans, vient le 18 décembre 1930.

Début brusque des accidents par une douleur violente dans le bas-ventre.

Etat syncopal.

Opération : trompe droite rompue.

On fait l'ablation des annexes droites.

Guérison simple.

OBSERVATION XXXXII

GROSSESSE ECTOPIQUE SIMPLE ROMPUE

Madame B..., âgée de 38 ans, de Romorantin, vient le 6 mai 1931, envoyée par le Docteur M...

Retard de règles depuis 15 jours, sans autres troubles.

Brusquement, les accidents surviennent par une douleur vive dans le ventre.

Etat syncopal.

Signes d'hémorragie abondante intrapéritonéale.

A l'opération, on trouve une énorme quantité de sang dans le ventre.

La trompe gauche est rompue.

On fait l'ablation des annexes gauches.

Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION XXXXIII

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE SIMPLE

Madame D..., âgée de 32 ans, entre le 9 juin 1931 pour une métrorragie,

Retard de règles depuis un mois et demi.

Masse para-utérine à gauche.

A l'opération, on trouve une grossesse tubaire gauche non rompue.

On fait l'ablation de la trompe et de l'ovaire gauche.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION XXXXIV

Grossesse ectopique double non rompue

Madame B..., âgée de 32 ans, de Ménard, vient le 27 juin 1931, envoyée par le Docteur B...

La malade présente un retard de règles d'environ un mois. Pendant ce temps, elle éprouve constamment des malaises, accompagnés de petites pertes sanguines et de gêne dans le bas-ventre.

Au toucher, on sent une masse grosse comme une noix située à gauche de l'utérus. Cette masse est immobile, fixée, molle et non douloureuse. Cul-de-sac droit souple.

Fausse-croûche antérieure de deux mois environ.

A l'opération, on constate un kyste fœtal dans la trompe gauche non rompue. On enlève les annexes gauches.

En vérifiant les annexes droites on trouve la trompe droite renflée en son milieu et présentant une grosseur de dimension égale à celle d'une prune; elle est également très congestionnée.

En l'ouvrant, on voit des caillots et un petit kyste fœtal. On enlève la trompe droite en laissant l'ovaire.

Les suites opératoires sont bonnes.

OBSERVATION XXXXV

GROSSESSE ECTOPIQUE SIMPLE ROMPUE

Madame I..., âgée de 26 ans, ménagère, vient d'Averdon le 27 novembre 1931.

Début brusque des accidents.

Douleurs.

Pertes sanguines.

A l'opération :

Trompe gauche rompue.

On enlève la trompe et l'ovaire gauche.

Suites opératoires normales.

Conclusions

1° La grossesse extra-utérine bilatérale ne doit plus être considérée comme une rareté clinique, puisque la pratique a démontré que sa proportion, par rapport aux cas de grossesses ectopiques simples, peut atteindre dix pour cent.

2° Cette fréquence est assez compréhensible, les causes déterminant la production des grossesses ectopiques étant presque toujours bilatérales.

3° La fréquence des grossesses extra-utérines doubles impose un examen minutieux des annexes du côté opposé, cette vérification ne devant être négligée dans aucun cas.

4° La grossesse extra-utérine double se présente sous trois aspects différents : il peut exister dans les deux trompes soit deux grossesses du même âge, soit des grossesses d'âges différents, mais toutes deux en évolution, soit enfin dans une des trompes une grossesse en état d'évolution tandis que dans l'autre le produit de conception est mort et se présente momifié ou en partie résorbé.

5° Le diagnostic de grossesse extra-utérine double tout en étant très difficile à poser est parfois possible quand le tableau clinique est suffisamment net avec deux accidents

caractéristiques survenus à deux époques séparées par un petit intervalle.

6° La conduite à tenir reste la même qu'en cas de rupture simple : l'intervention par laparatomie s'impose, ainsi que l'ablation des deux trompes.

Vu, le Doyen :

BALTHAZARD.

Vu, le Président :

LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

Bibliographie

- BOCULESCU. — Etude statistique sur la grossesse extra-utérine. *Gazette des Hôpitaux*, 24 août 1908.
- BISONO. — Contribution à l'étude des accidents hémorragiques de la grossesse tubaire. *Thèse de Paris*, 1931.
- BOUCHET. — De la grossesse extra-utérine récidivée. *Thèse de Lyon*, 1912-1913.
- BRUEL. — Récidives de la grossesse extra-utérine. *Thèse de Paris*, 1915.
- CHEVAL. — Un cas de grossesse ectopique simultanée des deux trompes, avec avortement tubaire bilatéral et formation d'hématocèle bilatérale. *Bull. Soc. Belge de Gynéc. et d'Obst.*, Bruxelles, 1913-1914, XXIV, 316-327.
- CUFF. — Case of bilateral ectopic gestation. *Newcastle upon Tyne and North Connt Med. J.* 1921-22, 11, 59.
- DRAGOMIRESCO. — Contribution à l'étude de grossesse extra-utérine récidivée dans la même trompe après opération chirurgicale. *Thèse de Paris*, 1929.
- O'FARREL. — Grossesse gémellaire extra-utérine tubo-abdominale. *Bull. Soc. d'Obstétrique et de Gyn.*, octobre 1931.

FILHOULAUD. — De la grossesse extra-utérine récidivée. —
Thèse de Paris, 1907.

FOURNIER. — Grossesse extra-utérine double, ampullaire d'un côté, isthmique de l'autre; ablation totale des annexes du côté ampullaire; ablation de la portion isthmique du côté opposé, suivie d'implantation tubo-utérine. *Bull. de Soc. d'Obst. et de Gyn.*, février 1929.

GOMEZ DE ROSAS. — Grossesse extra-utérine double simultanée. *Revue Méd. Cubana, Habana*, 1918, XXIX, 61-63.

GUILLEMEN. — Grossesse extra-utérine bi-latérale successive. *Bull. Soc.*, Paris, 1925, XIV, 107.

HARDOUIN. — Grossesse extra-utérine gémellaire unitubaire. *Arch. Menst. d'Obst. et de Gynéc.*, Paris, 1919, VIII, 331-341.

HARRET. — Etude critique sur 35 nouveaux cas de grossesses ectopiques récidivantes. *Thèse de Paris*, 1900-1901.

HEINECK. — Double récurrent and bilateral tubal pregnancies; an analysis of 89 cases reported in the literature and three unpublished personal cases. *Cleveland M. J.*, 1918, XVII, 306-318.

JOHNSON. — A case of twin ectopic pregnancy. *Lancet*, London, 1915, II, 869.

JOYLE et NAUDROT. — Grossesse tubaire bilatérale. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1904, p. 195.

- LE MARCHAND. — Grossesse tubaire successive. *Thèse de Paris*, 1926.
- LENORMANT et HARTMANN. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des accidents de la grossesse tubaire. *Gyn. et Obst.*, t. VII, n° 4, mars 1923, p. 273.
- LENORMANT et HARTMANN-KEPPEL. — Nouvelle contribution à l'étude clinique thérapeutique des accidents de la grossesse tubaire. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, T. XXXIII, n° 2, février 1931, page 154.
- MACDONALD et KRIEGER. — Bilateral and multiple ectopic pregnancy. *J. Ann. M. Ass.*, Chicago, 7 juin 1913.
- MARTIN. — L'avenir génital des malades opérées de grossesse extra-utérine. *Thèse de Paris*, 1929.
- MATTHEWS. — An interesting case of double ectopic pregnancy. *Med. Sentinel Porthand. Oreg.*, 1924, XXXII, 154.
- PECHER. — Contribution à l'étude des grossesses extra-utérines doubles. *Thèse de Paris*, 1906-1907.
- PRUNET. — Contribution à l'étude de la grossesse ectopique et ses récides. *Thèse de Montpellier*, 1908-1909.
- ROBIOLIS et HENRY. — Un cas de grossesse extra-utérine double bilatérale. *Marseille Médical*, 1929, LXII, 1478-1480.
- SABIN. — Double extra-utérine pregnancy. *Vermont. M. Moul. Berlington*, 1914, XX, 532.
- SAUVE. — Contribution à l'étude de grossesse extra-utérine

- bilatérale successive et simultanées. *Thèse de Paris*, 1905-1906.
- SESINI. — A propos d'un cas de grossesse extra-utérine double. *Soc. de Méd. et d'Hyg. du Maroc*, novembre 1931.
- SENS. — Etude critique de 89 observations de récidives de grossesses ectopiques. *Thèse de Paris*, 1901.
- STREPKOWSKI. — Etude sur l'étiologie des grossesses extra-utérines. *Revue de Gyn. et de Chirurg. abdominale*, 1901.
- TIGERT. — Double ectopic pregnancy with foetuses at full term. *J. Tenn. M. An. Nashville*, 1922-23, XV, 132.
- TAINTURIER. — Etiologie de grossesses extra-utérines. *Thèse de Paris*, 1895.
- URSPRUNG. — Bilateral ectopic gestation. *Hahneman Mouth. Phila.*, 1925, LX, 344-351.
- VAUTRIN. — Considération sur trois nouveaux cas de grosses extra-utérines doubles. *Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 1912, I, 944-947.
- WETTERDAL. — A case of bilateral extra-uterine pregnancy. *Hygiea*, Stockholm, 1912, LXXXIV, 419.
- WOOLF. — A case of bilateral interstitial ruptured ectopic gestation sacs. *Lancet*, Lond., 1922.



